Caisse Nationale MILITAIRE de Sécurité Sociale

cerfa

DEPARTEMENT
IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Décompte général des prestations
CNMSS/DIP/SDGP //
Suivi par :
Tél : 04 94 16 36 00 - Fax : 04 94 16 38 32

PROCURATION SOUS SEING PRIVE

VALABLE TROIS MOIS POUR UN SEUL PAIEMENT

(ART. R362-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)

Je soussigné(e) : .....
Nom et prénoms de l'assuré

Demeurant à : .....

.....

Numéro de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

donne par la présente pouvoir à :

M . .....
Nom du mandataire

Adresse : .....

.....

Mode de règlement : selon relevé d'identité bancaire (RIB) ou de caisse d'épargne (RICE) joint.

de percevoir pour moi et en mon nom le montant des prestations qui me sont dues par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale à l'occasion des soins dispensés du ..... au .....
sur la personne de .....
Nom et prénoms du malade

Fait à ....., le .....

Signature du mandataire, (le tiers)	Signature du mandant (l'assuré(e)) précédée de la mention manuscrite **"BON POUR POUVOIR"**